



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Prestadores  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Fiscalización en Acreditación

**ORD. CIRCULAR IP / N° 2**

**ANT.:** Art. 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. N°44, de 2013.

**MAT.:** Remite formato para declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieren con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el primer semestre de 2015.-

**SANTIAGO,**

**09 JUL. 2015**

**DE: CARMEN MONSALVE BENAVIDES  
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)**

**A: REPRESENTANTES LEGALES DE ENTIDADES ACREDITADORAS**

Como es de su conocimiento, en virtud de lo que actualmente dispone el Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud aprobado por el D.S. N°15, de 2007, modificado por el D.S. N°44, de 2013, ambos del Ministerio de Salud, **en el mes de enero y julio de cada año** las entidades acreditadoras deben presentar ante esta intendencia **“una declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieren con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior”**.

Asimismo, la disposición antes referida dispone que esta Intendencia debe establecer el formato de la antedicha declaración, pudiendo, además, solicitar las aclaraciones que considere necesarias.



Por el presente acto, remitimos a las entidades que Uds. representan el formato de la antes referida **Declaración de Intereses**, así como su **"Formulario Anexo Declaración de Intereses para las Entidades Acreditadoras 2015"** (FDI-2015) y el **Instructivo N°2** para el correcto llenado del formulario.

La Declaración de Intereses que se adjunta deberá ser **suscrita ante Notario Público por el representante legal de la Entidad Acreditadora e ingresada en cualquiera de las Oficinas de esta Superintendencia**, a más tardar, **el día 7 de agosto de 2015**.

Junto con la antedicha Declaración deben acompañarse, **en soporte papel, el Formulario Anexo** a dicha Declaración **debidamente llenado conforme al Instructivo N°2** que se adjunta, debiendo **dicho representante legal firmar cada una de las páginas del formulario**.

Paralelamente al presente Oficio Circular, el Formulario Anexo a la Declaración de Intereses **será enviado a Uds., a sus correos electrónicos debidamente inscritos ante esta Intendencia**, en un archivo Excel. Una vez completado, debe ser enviado por el representante legal de la entidad, **desde el antes referido correo electrónico, a más tardar, el día 7 de agosto de 2015, al correo electrónico acreditacion@superdesalud.gob.cl**, sin perjuicio de su ingreso en formato papel, junto con la Declaración de Intereses, según se dispone en el párrafo anterior.

Se previene a ustedes que el incumplimiento de las obligaciones antes señaladas generará las responsabilidades y sanciones correspondientes, de conformidad con las normas del Título VI del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

Asimismo, se recuerda que, en uso de sus facultades fiscalizadoras destinadas a evitar los conflictos de interés entre las Entidades Acreditadoras y los prestadores que les corresponda evaluar, esta Intendencia solicitará a ustedes las aclaraciones e informaciones adicionales que estime necesarias.

Le saluda atentamente,



**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**Adjunto:**

- Formato texto declaración de intereses
- Formulario Anexo FDI 2015 (Planilla Excel)
- Instructivo N°2 para el correcto llenado del formulario anexo

**JGM/CCG**

**Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por carta certificada y correo electrónico)
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Ingeniero IP, Eduardo Javier Aedo
- Abogado IP, Camilo Corral G.
- Oficina de Partes
- Archivo







SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Prestadores  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Fiscalización en Acreditación

**DECLARACIÓN DE INTERESES  
DE LA ENTIDAD ACREDITADORA, SUS PROPIETARIOS, SOCIOS Y  
EVALUADORES A QUE SE REFIERE EL INCISO CUARTO DEL ARTÍCULO 24  
DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES  
INSTITUCIONALES DE SALUD, APROBADO POR EL D.S. N°15, DE 2007,  
DEL MINISTERIO DE SALUD**

En la ciudad de ....., con fecha .....,  
yo, ....., R.U.N. N°.....,  
representante legal de la Entidad Acreditadora  
".....", con N° ..... de inscripción en  
el Registro Público de Entidades Acreditadoras, y en representación de ella, en  
cumplimiento a lo dispuesto en el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento del  
Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el  
D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, vengo en formular la siguiente  
declaración:

**1°** Declaro formalmente que todas las **relaciones comerciales** que la Entidad Acreditadora que represento mantuvo durante el periodo **1° de enero al 30 de junio de 2015, con prestadores institucionales de salud, con los representantes de estos últimos o con sus administradores**, así como las relaciones comerciales que los propietarios de dicha Entidad Acreditadora, sus socios y sus evaluadores, mantuvieron durante el mismo periodo con tales prestadores, sus representantes o sus administradores, son únicamente las que se señalan **en el formulario anexo a la presente declaración**, encontrándose cada una de sus páginas firmadas por este representante y debidamente completadas, de acuerdo al **Instructivo N°2** dictado al respecto por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y en el formato dispuesto por ese organismo. Por tanto, declaro formalmente que durante el periodo **1° de enero al 30 de junio de 2015**, no ha existido ninguna otra clase de vinculación que implique un interés o efecto económico, incluyendo en ello toda clase de prestaciones de servicios, ya sean civiles, comerciales, profesionales o laborales, entre la Entidad que represento, sus propietarios, socios o evaluadores con prestadores institucionales de salud, sus representantes o sus administradores, sino solamente las que se declaran **en el formulario anexo a la presente declaración**.



**2°** Declaro formalmente que todas las **actividades de asesoría o capacitación en salud** que la Entidad que represento, sus propietarios, sus socios y sus evaluadores, **hubieren contratado o ejecutado entre el 1° de enero al 30 de junio de 2015, en favor de prestadores institucionales de salud**, a título oneroso o gratuito, son únicamente las actividades que se señalan **en el formulario anexo a la presente declaración**, encontrándose cada una de sus páginas firmadas por este representante y debidamente completadas, de acuerdo al **Instructivo N°2** dictado al respecto por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y en el formato dispuesto por ese organismo.

**3°** Declaro formalmente que toda la información contenida en la documentación adjunta es verídica y exacta.

**4°** Declaro, por último, que conozco los deberes que impone el Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, así como que su incumplimiento acarrea las responsabilidades y sanciones que la ley y dicho reglamento contemplan.

Firma: .....

R.U.N. N°.....





SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Prestadores  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Fiscalización en Acreditación

**INSTRUCTIVO N°2  
PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMULARIO ANEXO A LA DECLARACIÓN  
DE INTERESES A QUE SE REFIERE EL INCISO CUARTO DEL ARTÍCULO 24 DEL  
REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA  
PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD**

1. **El formulario anexo a la Declaración de Intereses** será enviado en archivo Excel a los correos electrónicos de los respectivos representantes legales de las Entidades Acreditadoras.
2. Dicho formulario debe ser completado **por el representante legal de la Entidad Acreditadora**, siguiendo estrictamente las presentes instrucciones, con la información relativa a las dos **materias a que se refiere el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud** (en adelante, "el Reglamento"), a saber:
  - a) Sobre las relaciones comerciales y vinculaciones económicas que la Entidad Acreditadora, sus propietarios, socios y evaluadores hubieren tenido con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, durante el periodo **1° de enero al 30 de junio de 2015**; comprendiéndose entre tales actividades toda clase de vinculación que implique un interés o efecto económico, así como toda clase de prestaciones de servicios, ya sean civiles, comerciales, profesionales o laborales; y
  - b) Sobre toda actividad de asesoría o capacitación en salud que la Entidad Acreditadora, sus propietarios, socios y evaluadores hubieren ejecutado a prestadores institucionales de salud durante el periodo **1° de enero al 30 de junio de 2015**.
3. Las personas naturales y jurídicas cuyos intereses deben ser informados según el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento, son las siguientes, debiendo entenderse las diversas categorías de personas y entidades que allí se mencionan de la siguiente manera:
  - a) **"Entidad Acreditadora"**: Persona jurídica autorizada como tal por la Intendencia de Prestadores;



- b) "**Propietarios de la Entidad**": Son las personas que han poseído o poseen derechos propietarios, durante todo o parte del periodo **1º de enero al 30 de junio de 2015**, respecto en la sociedad o persona jurídica que constituye la Entidad Acreditadora, según sea el tipo de persona jurídica de que se trate, tales como los **socios, accionistas o titulares** de dicha entidad;
- c) "**Socios de la Entidad**": Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la Entidad Acreditadora se ha asociado, contractualmente o de hecho, con fines económicos durante todo o parte del periodo **1º de enero al 30 de junio de 2015**; y
- d) "**Evaluadores de la Entidad**": Son todos los profesionales evaluadores que, habiendo sido aprobados como tales por la Intendencia de Prestadores, integraron el cuerpo de evaluadores de la Entidad Acreditadora durante todo o parte del periodo **1º de enero al 30 de junio de 2015. Entre ellos debe considerarse a quienes hayan ejercido la función de Director Técnico** (Titular o subrogante) de la Entidad Acreditadora durante todo o parte del periodo **1º de enero al 30 de junio de 2015**.
4. Las entidades o personas con las cuales las personas señaladas en el N° anterior se vincularon durante todo o parte del periodo **1º de enero al 30 de junio de 2015**, y respecto de las cuales se debe informar sobre las relaciones comerciales o vinculaciones económicas que hayan mantenido con ellas, son las siguientes:
- a) "**Prestadores Institucionales de Salud**": Son las personas naturales o jurídicas que poseen derechos propietarios sobre todo o parte de un establecimiento de salud;
- b) "**Representantes de un Prestador Institucional de Salud**": Son las personas naturales o jurídicas con facultades para representar a los propietarios de un prestador institucional de salud;
- c) "**Administrador de un Prestador Institucional de Salud**": Son las personas naturales a las cuales se ha encargado la gestión de los asuntos del prestador institucional, tales como sus **directivos, gerentes, jefes administrativos, jefes de servicios clínicos**.
5. Además, de conformidad con lo dispuesto en el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento, se debe informar sobre todas las actividades de asesoría o capacitación en salud que las Entidades Acreditadoras, sus propietarios, socios y evaluadores hubieren contratado o ejecutado durante el periodo **1º de enero al 30 de junio de 2015**, a título gratuito u oneroso, debiendo entenderse por tales todas las actividades de **asesoría en salud**, esto es, aquéllas por las cuales se hubiere otorgado consejo, ilustración, acompañamiento o monitoreo en materias relacionadas con la salud, o de **capacitación en salud**, esto es, haber prestado servicios destinados a aumentar las habilidades o aptitudes del prestador o de sus funcionarios en temas de salud.
6. **El Formulario de Declaración de Intereses para las Entidades Acreditadoras 2015 (FDI-2015)**, debe ser llenado, según las indicaciones

contenidas en el comentario inserto en el encabezado de cada una de las columnas de la planilla excel.

7. El formulario **FDI-2015**, deberá contener la nómina completa de las personas relacionadas con la entidad que está haciendo la declaración. A mayor abundamiento, la nómina debe incluir a todas las personas que componen las diferentes categorías identificadas en el punto N°3. Lo anterior, sin perjuicio de que algunas personas no tengan nada que declarar, al menos deberá completar las celdas que van desde la columna "A" hasta la columna "K". Con esto queda implícito que la persona X, a la fecha de la declaración de intereses de su entidad, no tenía nada que manifestar respecto de las materias pertinentes.
8. Si una persona tiene que declarar más de una relación comercial, vinculación económica, prestación de servicios, asesorías y/o capacitaciones, deberá hacerlo de una en una ocupando filas diferentes, repitiendo los datos de las columnas A, B, C, D y E, que identifican a la persona y la entidad a la que pertenece.
9. Para efectos del manejo de la planilla Excel y la consolidación final de todos los antecedentes que remitan las Entidades Acreditadoras, que efectuará la Unidad de Fiscalización en Acreditación, se prohíbe alterar el formato de la planilla. Lo anterior se extiende también a que no se debe utilizar la combinación de celdas.
10. Una vez completado el formulario según las instrucciones precedentes, éste debe ser impreso en papel y el representante legal de la entidad deberá firmar cada una de sus hojas. Estas firmas no deben necesariamente ser autorizadas ante Notario Público.
11. El formulario debidamente completado, **deberá ser ingresado en las Oficinas de la Superintendencia de Salud, a más tardar, el día 7 de agosto de 2015**, junto con la respectiva Declaración de Intereses, esta última debidamente firmada ante Notario Público.
12. Además, el archivo excel relativo al formulario adjunto antes referido, deberá ser **enviado, a más tardar, el día 7 de agosto de 2015, al correo electrónico [acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl)**.
13. Cualquier duda relativa a la aplicación de las presentes instrucciones debe ser formulada por el representante legal de la Entidad Acreditadora al correo electrónico **[acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl)**.

**UNIDAD DE FISCALIZACIÓN EN ACREDITACIÓN  
INTENDENCIA DE PRESTADORES  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

Santiago Julio de 2015.-





